

가족과 아동의 의료혜택 자격 검토
ELIGIBILITY REVIEW FOR FAMILY AND CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

이 자격 검토는 의료혜택을 원하는 사람들에 대한 사실 진술서입니다. 만일 귀하의 의료혜택이 계속될 수 있는지 저희가 알기 전에 귀하는 모든 질문에 대답하셔야 합니다.

현금과 식량보조금 프로그램에 대한 정보를 저에게 보내 주십시오.

정확하게 하십시오

1. 이름	중간 이름	성		
2. 주소	거리	시	주	우편 번호
3. 우편 발송 주소 (사는곳과 다를 경우)	거리	시	주	우편 번호

4. 전화번호	집 () _____	직장 () _____	5. 귀하는 영어를 말하는데, 읽는데 또는 쓰는데 문제가 있습니까? 귀하는 다른 언어로 된 자료들이 필요하십니까? 귀하는 다른 언어로 통역이 필요하십니까? (필요하시다면 저희가 통역자를 준비하겠습니다.) 귀하는 어떤 언어를 말하십니까? _____	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
6. 가족중에 한 사람이 임신 했습니다. 출산 예정일 _____	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 만일 그렇다면, 누가? _____				

일반 사항

7. 가족중에 장애자가 있습니다. 예 아니오 만일 그렇다면, 누가? _____

8. 같은 가정내에서 살고 있는 가족 구성원들을 기입하십시오. (이 정보는 INS와 공유되지 않습니다.)

이름 (이름, 중간이름, 성)	귀하와의 관계	생년월일 (월/일/년)	미국 시민		만일 미국 시민이 아니라면, 그 사람은 입국 상태를 나타내는 서류를 받았습니까? (서류를 동봉하십시오) 예 아니오	이 사람이 미국에 도착한 날짜를 기입하십시오. (월/일/년)	이 사람은 제정 보증인이 있습니까? 예 아니오	소셜시큐리티 번호 (만일 이 사람이 혜택을 원하지 않는다면 기재하지 않으셔도 됩니다.)	성별 (남/ 여)
			예	아니오					
A. 부모/보호자 또는 자신			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. 부모 보호자 또는 다른 사람			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. 그외의 다른 모든 사람들을 기입하십시오.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

지출

9. 귀하가 일하는 동안 귀하는 귀하의 자녀들이나 부양하는 성인을 돌보기 위해 누군가에게 돈을 지불합니까? 만일 그렇다면, 매달 얼마? \$ _____	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	10. 귀하는 귀하의 집에 살지 않는 자녀를 위한 법원명령에 자녀 양육비를 지불하십니까? 만일 그렇다면, 매달 얼마? \$ _____	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

수입

11. 직장에서 귀하의 수입 <input type="checkbox"/> 만일 귀하가 자영업을 하신다면 표시하십시오 고용주 이름: _____ 전화번호: () _____ 세금공제 전에 각 지불 기간동안 버는 금액 \$ _____ <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 이주일 마다 <input type="checkbox"/> 월 두번 <input type="checkbox"/> 월별 각 주에 일한 시간 _____	가족 구성원중 누군가가 받는 다른 수입	금액	얼마나 자주 이 수입을 받습니까?	가족 구성원중 누가 이 수입을 받습니까?
	13. 자녀 양육비	\$		
	14. 부양료	\$		
	15. 소셜시큐리티 지불금	\$		
	16. 실업 수당	\$		
	17. 은행 계좌로부터의 이자	\$		
12. 집에서 살고 있는 가족 구성원이나 배우자가 직장에서 버는 수입 수입이 있는 사람의 이름 _____ <input type="checkbox"/> 만일 이 사람이 자영업을 한다면 표시하십시오 고용주 이름: _____ 전화번호: () _____ 세금공제 전에 각 지불 기간동안 버는 금액 \$ _____ <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 이주일 마다 <input type="checkbox"/> 월 두번 <input type="checkbox"/> 월별 각 주에 일한 시간 _____	18. 제한근인 수당	\$		
	19. 노사 수당	\$		
	20. 군인 특별 수당	\$		
	21. 임대료	\$		
	22. 그 밖의 것들(설명하십시오.)	\$		
	참고: 만일 귀하가 직장이나 더 많은 수입으로 인해 공간이 더 필요하시다면 종이를 따로 붙여 주십시오.			

건강 보험 사항

23. 의료혜택을 계속 받고자 하고 있는 사람중에 개인 건강보험을 갖고 계시는 사람이 있습니까? 귀하는 지난 4개월 동안 귀하의 자녀들을 위해 직장과 관련된 건강보험을 갖고 계셨습니까? 만일 그렇다면, 그 건강보험은 의사, 병원, 엑스레이(방사선) 그리고 실험실 서비스가 적용됩니까? 만일 그렇다면, 부양자를 위한 보험료가 월\$50 보다 적습니까? 만일 귀하가 이 질문들 중에 예라고 표시했다면, 아래의 보험 질문에 대해 주십시오.	예	아니오
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

보험회사 또는 고용주	보험 번호	보험 계약자 이름	보험 계약자 소셜시큐리티 번호

임의의 사항

저희는 귀하가 자발적으로 귀하의 인종 또는 인종과 관련된 배경을 저희에게 알려주시길 요청합니다. 이 정보는 귀하의 혜택을 위한 자격을 결정하는데 사용되지 않을 것입니다.

- 아메리칸 이디언 또는 본토 알래스카인 아시아인 흑인 또는 아프리카 미국인 히스패닉 또는 라틴계
 본토 하와이언 또는 다른 태평양의 섬나라 사람들 백인 그 밖의 사람들 _____

사회 복지부의 모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지됩니다. 어느 누구나 인종, 피부색, 신조, 정치적 신념, 민족의 기원, 종교, 나이, 성별, 또는 장애로 인해 이러한 프로그램이나 활동에서 제외되지 않을 것입니다.

귀하는 서명하시기 전에 자세히 읽으십시오

저는, 다음것을 이해 합니다.

- 저는 제 상황에 어떤 변화라도 생긴다면 서면이나 전화로 반드시 사회 복지부(DSHS)에 즉시 보고해야 합니다. 늦은 보고는 부정확한 혜택을 받게 합니다.
- 저의 상황은 DSHS 또는 다른 주 또는 연방정부 기관에 의해 입증될수 있습니다.
- 제가 도움을 받을 자격이 있다는 증거를 저는 반드시 제출해야 합니다. DSHS는 제가 그러한 증거를 얻기 위해 다른 사람들이나 기관들을 연락할 수 있습니다.
- 신청을 해서 의료혜택을 받게되면 제가 받고 있는 의료지원비 그외 제 삼자에게서 받는 의료지원비 등의 모든 권리를 워싱턴 주에 위임합니다.
- DSHS는 제 자녀의 면역 내역을 자녀 건강 면역 관리 시스템부와 함께 공유할수 있습니다.
- 저는 이 자격이 오직 의료혜택을 위한 것임을 이해합니다. 만일 저의 가족이 재정 또는 식량 보조비가 필요하다면, 저희는 반드시 DSHS 사회 봉사부(CSO)를 통해 신청해야 합니다.

진술과 서명

저는 이 자격 검토 양식에 있는 내용을 읽었으며 이해합니다. 저는 위증죄의 형벌 아래, 제가 이 검토 양식에 쓴 내용이 제가 아는 한 사실이고, 정확하며, 완전함을 선언합니다.

신청인의 서명	날짜	배우자/보호자의 서명	날짜